

DENUNCIA DI DANNO SU POLIZZA INFORTUNI SPORT E SALUTE SPA

Da inviare corredata di referto PS a sinistrifsn@magjlt.com – tel 0685306549

Polizza ElipsLife - 101622600

INFORTUNIO Rischio in itinere Altro

(segnare il quadratino riferito alla tipologia di infortunio)

A) SULLA PERSONA INFORTUNATA

Cognome e nome
Codice Fiscale
Data e luogo di nascita	Il.....a
Domicilio
Tel.
Inirizzo mail
Qualifica professionale
sede di lavoro

B) SULLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto	Il alle ore..... in
---	--

<p>Nome e indirizzo delle persone che furono testimoni dell'Infortunio.</p>	<p>..... Indirizzo.....</p>
<p>Se non vi furono testimoni quali persone videro per prime l'assicurato dopo l'infortunio.</p>	<p>.....</p>
<p>Occupazione cui stava attendendo l'assicurato quando avvenne l'infortunio</p>	<p>.....</p>
<p>6. Medico che ha in cura l'assicurato</p>	<p>.....</p>
<p>7. Narrazione chiara e circostanziata del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze</p> <p>.....</p>	

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del D.LGS. 30 GIUGNO 2003 n. 196 con la mia firma apposta in calce acconsento al trattamento dei miei dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari acconsento alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

_____, li _____ 20____

FIRMA _____

(di propria mano dell'assicurato o avente causa)

FIRMA E TIMBRO CONTRAENTE
(Ufficio territoriale CONI)
